Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Hoja de detalles - Gastos médicos sin reembolso
Detail Sheet - Unreimbursed Medical Expenses

INSTRUCCIONES

- Use una ***Hoja de detalles*** separada por cada padre por el cual está solicitando el reembolso. Anote en el formulario los gastos de todos los niños de ese padre. Debe entregar todos los registros que apoyen su reclamo (facturas, recibos, explicación de beneficios, cheques cancelados). **DCS divulgará los registros de los gastos al padre que debe pagar. Elimine toda información personal de los registros que usted no desea que se divulgue. Guarde los originales o copias (con toda la información visible) de los registros para futura referencia.**
- Si precisa de más páginas, haga una copia de este formulario antes de comenzar o baje el formulario de la página web de DCS en http://www1.dshs.wa.gov/dcs/Resources/Forms.asp
- Con la excepción de su firma, escriba todas las respuestas con letra de imprenta. Sólo use tinta azul o negra.
- Anote los gastos en el orden en que fueron recibidos los servicios médicos.
- Provea la información completa para cada columna a continuación.
- Sume el total de los montos por cada mes e ingréselos en la ***Hoja de resumen mensual***.

NOMBRE DEL PADRE QUE DEBE PAGAR	NÚMERO DE CASO DCS

SU NOMBRE

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DEL SERVICIO	* MONTO FACTURADO	MONTO PERMITIDO POR EL SEGURO	MONTO PAGADO POR EL SEGURO	GASTOS MÉDICOS SIN COBERTURA

***** Incluya los copagos y las primas de seguro pagados para los niños en esta columna.